



# Protocolli e Documenti tecnico – organizzativi

## Introduzione

### Indice delle Revisioni

N° PROGRESSIVO REVISIONE	DATA EMISSIONE DOCUMENTO	DESCRIZIONE	PARAGRAFI INTERESSATI	PAGINE	NOTE
01	09.06.2022	Emissione	Tutti	Tutte	

### Approvazioni

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	DATA	FIRMA
Elaborazione	Gruppo di elaborazione	2021-2022	
Approvazione	DIR	09.06.2022	
Emissione	RAQ	09.06.2022	

### Gruppo di elaborazione

Il presente protocollo è stato elaborato e redatto da:

COGNOME E NOME	QUALIFICA
Roberta Carmignani	Direttore Servizi
Andrea Francesconi	Coordinatore infermieristico
Fabrizio Franceschi	Educatore professionale
Emanuele Gambini	RAQ



## Sommario

Indice delle Revisioni .....	1
Approvazioni .....	1
Gruppo di elaborazione .....	1
Scopo.....	2
Protocolli.....	2
Documenti tecnico – organizzativi.....	3
Riferimenti normativi.....	3
Revisione.....	6

## Scopo

Scopo del presente documento è introdurre e definire la cornice dei protocolli professionali e dei documenti tecnico-organizzativi del sistema di gestione, in uso all'interno delle strutture e dei servizi della Cooperativa.


## Protocolli

Il protocollo è un documento descrittivo delle responsabilità e delle modalità di esecuzione di attività che hanno un contenuto professionale tipico, ossia sono svolte da personale professionale qualificato che investe atti di carattere sanitario, socio-sanitario, sociale specifico.

L'obiettivo generale del protocollo è fornire indicazioni operative l'adozione di appropriate misure preventive e di gestione dell'assistenza nel contesto operativo specifico ove è applicato. Il protocollo rappresenta pertanto la sintesi di misure adottate a fronte dell'adozione di un approccio basato sulla gestione del rischio nell'erogazione delle prestazioni.

Il contenuto del protocollo è vincolante per i professionisti che sono chiamati a svolgere le attività che in esso sono descritte. In caso di difforme o mancata applicazione anche parziale del presente protocollo, il professionista e l'organizzazione sono soggetti alle conseguenti responsabilità di natura professionale e legale.

Il protocollo è elaborato tenendo conto della tipologia di utenza ed è applicato tenendo conto delle condizioni specifiche dell'utente, in particolare sulla base delle indicazioni specifiche che derivano da disposizioni sanitarie del Medico di Medicina Generale ovvero di altro sanitario specialista di riferimento, ovvero di altro sanitario di strutture ospedaliere, di cura e riabilitazione che ha in cura l'utente.

 <b>C.R.E.A.</b> <b>Società Cooperativa</b> <b>Sociale</b>	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	Rev. 01 del 09.06.2022
	Protocolli e Documenti tecnico organizzativi Introduzione	

I protocolli sono redatti in lingua italiana. Eventuali allegati e riferimenti bibliografici rinviano a documenti in lingua inglese.

## Documenti tecnico – organizzativi

Anche il documento tecnico-organizzativo contiene come il protocollo l'indicazione delle responsabilità e la sequenza delle attività tecnico-professionali in ambito socio-sanitario, assistenziale ed educativo. Esso deriva per lo più da documentazione già in uso all'interno del sistema qualità della Cooperativa in applicazione delle precedenti revisioni del sistema di accreditamento sociale. Costituisce pertanto un patrimonio di cultura professionale che la Cooperativa non intende disperdere e che mette a disposizione del proprio personale per una migliore esecuzione delle attività assistenziali tipiche connesse con il lavoro sociale svolto all'interno di strutture e servizi.

La documentazione tecnico-organizzativa costituisce pertanto una linea guida per il personale, indicando modalità e pratiche che favoriscono l'uniformità della gestione delle attività assistenziali e l'orientamento alla qualità della prestazione.


Un elemento significativo della documentazione tecnico – organizzativa è data dall'orientamento delle indicazioni tecniche in essa contenute, alla promozione dell'autonomia e delle capacità del soggetto assistito. Ciò rappresenta un punto essenziale nell'ambito di pratiche (si pensi ad esempio all'igiene personale, alla vestizione, alla mobilitazione e mobilità ecc.) che costituiscono spesso il cuore della pratica assistenziale e dell'offerta di servizio all'interno delle strutture interessate.

La documentazione tecnico-organizzativa è elaborata tenendo conto della tipologia di utenza ed è applicata tenendo conto delle condizioni specifiche dell'utente, in particolare sulla base delle indicazioni specifiche che derivano da disposizioni sanitarie del Medico di Medicina Generale ovvero di altro sanitario specialista di riferimento, ovvero delle strutture ospedaliere, di cura e riabilitazione che ha in cura l'utente.

La documentazione tecnico-organizzativa è redatta in lingua italiana. Eventuali allegati e riferimenti bibliografici rinviano a documenti in lingua inglese.

## Riferimenti normativi

I protocolli e la documentazione tecnico – organizzativa sono diretti inoltre ad ottemperare ai requisiti e agli indicatori di cui all'obbligo normativo regionale in materia di accreditamento sociale (ex L.R. 82/2009 e s.m.i.) di seguito riportata dettagliatamente con i riferimenti ipertestuali per la diretta consultazione dei requisiti a cui esso si richiama:

 <b>C.R.E.A.</b> <b>Società Cooperativa</b> <b>Sociale</b>	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	Rev. 01 del 09.06.2022
	Protocolli e Documenti tecnico organizzativi Introduzione	

[Delibera n.1239 del 22-11-2021](#). Modifica della deliberazione GR n. 245 del 15 marzo 2021 avente ad oggetto: "Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accreditamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti".

[Allegato A](#) - Requisiti specifici delle strutture residenziali e semiresidenziali

[Allegato D](#) - Indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti

[Delibera n.644 del 14-06-2021](#). Modifiche al DPGR 9 gennaio 2018, n. 86/R di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) in materia di requisiti di accreditamento delle strutture del sistema sociale integrato. Approvazione ai fini dell'acquisizione del parere previsto dall'articolo 42, comma 2, dello Statuto

[Allegato 1](#) - Articolato

[Allegato 2](#) - Rel. illustrativa

[Allegato 3](#) - ATN

[Allegato A](#) - Requisiti generali strutture

[Delibera di Giunta regionale della Toscana n.289 del 22-03-2021](#). D.G.R. n. 245/2021 "Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accreditamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti". Modifica per correzione errori materiali.

[Allegato A](#) - Requisiti specifici delle strutture residenziali e semiresidenziali ERRATO VEDI SOPRA DRG 1239/2021

[Allegato D](#) - Indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti ERRATO VEDI SOPRA DRG 1239/2021

[Allegato F](#) - Indicatori per altri servizi alla persona (AL)

[Delibera di Giunta regionale della Toscana n.245 del 15-03-2021](#). Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accreditamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.


[Allegato A](#) - Requisiti specifici delle strutture residenziali e semiresidenziali. ERRATO VEDI SOPRA DRG 1239/2021

[Allegato B](#) - Requisiti specifici dei servizi di assistenza domiciliare erogato e requisiti di ass. dom. erogato da operatori individuali

[Allegato C](#) - Requisiti altri servizi alla persona – organizzazioni

[Allegato D](#) - Indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. ERRATO VEDI SOPRA DRG 1239/2021

[Allegato E](#) - Indicatori per Assistenza domiciliare erogata da organizzazioni

 <b>C.R.E.A.</b> <b>Società Cooperativa</b> <b>Sociale</b>	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	Rev. 01 del 09.06.2022
	Protocolli e Documenti tecnico organizzativi Introduzione	

Allegato F - Indicatori per altri servizi alla persona (AL). ERRATO VEDI SOPRA DRG 289/2021

[Decreto del Presidente della Giunta regionale 11 agosto 2020, n. 86/R](#). Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.

Allegato A [parte 1](#), [parte 2](#), [parte 3](#) (file troppo grande: le tre parti costituiscono insieme l'Allegato A)  
[Allegato B](#)

[Legge regionale n.1 del 03-01-2020](#). Nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato. Modifiche alla l.r 82/2009 .

[Delibera di Giunta regionale della Toscana n.243 del 13-03-2018](#). Legge regionale n. 51/2009: individuazione del processo cure primarie e approvazione dei relativi requisiti di processo per l'accREDITAMENTO istituzionale. Approvazione ai fini dell'espressione del parere della Terza Commissione ai sensi dell'art. 30, comma 2 della l.R. n. 51/2009.

[Legge regionale 12-12-2017 n. 70](#). Legge di manutenzione dell'ordinamento regionale 2017

[Legge regionale 04-05-2017 n. 21](#). Nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato - Modifiche alla l.r. 82/2009 e alla l.r. 51/2009.

[Delibera di Giunta regionale della Toscana n.398 del 07-04-2015](#). Percorso di attuazione del principio della libera scelta ai sensi dell'art. 2 comma 4 L.R. 82/2009 Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.

[Circolare Regione Toscana del 09-06-2011](#). Programmazione, accreditamento e sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

[Legge regionale n. 49 del 20-09-2010](#). Modifiche alla legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato). Testo coordinato della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato".

[Decreto del Presidente della Giunta regionale della Toscana n. 29/R del 03-03-2010](#). Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).

[Legge regionale n. 82 del 2009](#). Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.



## Gestione del rischio

La valutazione del rischio è il processo complessivo d'identificazione, analisi e ponderazione del rischio. L'attività di valutazione del rischio è applicata ai singoli processi aziendali, inclusi pertanto i processi di erogazione connessi all'applicazione del presente protocollo, e deriva dalla comprensione del contesto (fattori interni ed esterni) e delle parti interessate (cfr. Sez. 04 MGI e PG 04 Gestione del Rischio). Tale comprensione evidenzia fattori di rischio e opportunità che determinano la definizione dei processi aziendali e le loro interazioni.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza del rischio (indice del rischio) come moltiplicatore di una matrice quadrata 4x4, quindi:

P					
	4	8	12	16	
	3	6	9	12	
	2	4	6	8	
	1	2	3	4	C

$R = P \times C$   
R = indice del rischio;  
P = probabilità o frequenza del verificarsi dell'evento;  
C = ponderazione delle conseguenze derivanti

Valutazione Indice dei rischi (R)		
Range numerico	Livello	Misure di contenimento
1 – 3	Rischio basso	Nessuna AC specifica, consolidamento dei livelli di Rischio, valutazione eventuali miglioramenti.
4 – 8	Rischio medio	Predisposizione AC od obiettivi di miglioramento nel medio periodo, aumento del monitoraggio e del controllo.
9 – 16	Rischio alto	Predisposizione AC urgenti, stretto monitoraggio e controllo della fonte di Rischio.

Valutazione della probabilità (P)		
Indice numerico	Livello	Definizione/criterio




1	<b>Improbabile</b>	<i>Indica la scarsissima probabilità del verificarsi dell'evento per la mancanza della presenza oggettiva del rischio in esame. Non sono noti episodi già verificatisi. Assenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento susciterebbe incredulità.</i>
2	<b>Occasionale</b>	<i>Indica la scarsa possibilità del verificarsi dell'evento. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi o che sarebbero potuti accadere. Scarsa presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.</i>
3	<b>Probabile</b>	<i>Indica la possibilità concreta del verificarsi dell'evento. È noto qualche episodio in cui alla non conformità ha fatto seguito l'evento. Presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe una moderata sorpresa.</i>
4	<b>Molto probabile</b>	<i>Esiste una correlazione diretta tra la non conformità rilevata ed il verificarsi dell'evento ipotizzato. Si sono già verificati episodi per la stessa non conformità rilevata in situazioni operative simili. Alta presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità.</i>

Valutazione delle conseguenze (C)		
Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
1	<b>Lieve</b>	<i>Evento di scarsa entità, con conseguenze facilmente contenibili</i>
2	<b>Media</b>	<i>Evento di media entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione</i>
3	<b>Grave</b>	<i>Evento di grave entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione</i>
4	<b>Gravissima</b>	<i>Evento di grave entità, che coinvolge l'intera Organizzazione</i>

La Cooperativa elabora, per i diversi servizi, una valutazione del rischio specifico di erogazione, a partire dall'applicazione del presente protocollo tenendo conto:

- Delle NC rilevate rispetto al processo considerato
- Delle AC intraprese a seguito di NC o reclami riferibili al processo
- Dei reclami pervenuti relativamente al processo
- Di eventuali eventi critici, near miss o criticità rilevate e riferibili al processo
- Dei risultati di controlli, verifiche, ispezioni anche di Enti esterni relativamente al processo
- Dei risultati degli audit interni relativi al processo
- Dell'efficacia della formazione erogata che ha un impatto sul processo
- Dei risultati conseguiti dalle azioni di miglioramento intraprese relativamente al processo considerato
- Dell'andamento del processo e di altri aspetti specifici inerenti il processo
- Di ulteriori fattori rilevanti del contesto interno od esterno impattanti sul processo
- Dei risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione del cliente e del clima interno
- Dai rapporti del servizio dei Coordinatori dei servizi e delle strutture

 <b>C.R.E.A.</b> <b>Società Cooperativa</b> <b>Sociale</b>	Sistema di Gestione Qualità e Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 UNI EN ISO 14001:2015	Rev. 01 del 09.06.2022
	Protocolli e Documenti tecnico organizzativi Introduzione	

## Emergenza Covid-19

In relazione all'emergenza Covid – 19 la Cooperativa ha adottato le misure di sicurezza da applicare all'erogazione del servizio, mediante protocolli speciali, procedure e documenti organizzativi. Il presente protocollo, per quanto incompatibile con le più strette misure di sicurezza previste, viene da queste modificato senza necessità di specifica revisione.

## Revisione

Protocolli e documentazione tecnico-organizzativa sono sottoposti a revisione ogni tre anni ovvero ogniqualvolta si renda necessario.